

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

PROJET D'INTÉGRATION PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR

JANIE DESROSIERS

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DE MILITAIRES  
ENGAGÉS DANS LES FORCES ARMÉES CANADIENNES

AOÛT 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

**Introduction :** L'ergothérapie est une profession qui existe depuis de nombreuses années et s'est façonnée au fil du temps. En effet, la Première Guerre mondiale a permis à l'ergothérapie de se développer par l'utilisation de l'activité lors du traitement des militaires blessés. C'est en consultant les diverses sources portant sur l'ergothérapie dans les Forces armées canadiennes (FAC) que l'on constate que cette profession est peu connue dans le milieu militaire.

**Objectif :** Le but de cette étude est de décrire la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès des militaires engagés dans les FAC. **Méthode :** La recherche a été réalisée selon une approche qualitative phénoménologique. Un bilan des connaissances concernant la pratique de l'ergothérapie dans les FAC a été effectué. Par la suite, une entrevue semi-structurée auprès d'une ergothérapeute travaillant au sein des FAC a été faite. Les données issues de l'entrevue ont été analysées à l'aide du Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec (RCEPEQ) (OEQ, 2010). **Résultats :** Les résultats ont permis de faire un premier pas dans la description de la pratique de l'ergothérapeute rencontrée, plus précisément, l'organisation des programmes de santé disponibles dans les FAC, le parcours d'un militaire blessé en vue de recevoir des services d'ergothérapie, la clientèle vue, les évaluations et les interventions ainsi que les ressources disponibles. Il a également été possible de décrire la pratique de l'ergothérapeute qui travaille auprès de militaires engagés dans les FAC à l'aide d'une grille d'analyse élaborée sur la base du RCEPEQ (OEQ). Cette analyse a permis d'illustrer de quelle manière la pratique professionnelle de l'ergothérapeute dans les FAC s'arrime aux diverses compétences décrites dans le RCEPEQ (OEQ). **Discussion :** Sur la base des données issues de la recension des écrits et de l'entrevue, la description de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute dans les FAC a été amorcée et divers constats ont émergé de cet exercice en ce qui a trait aux différences entre les pratiques canadiennes et américaines, notamment à l'égard des clientèles vues et du parcours des militaires blessés. Ces différences s'expliquent possiblement par les spécificités culturelles, organisationnelles et politiques entre les FAC et l'armée américaine. Aussi, les résultats issus de l'entrevue réalisée montrent que l'ergothérapeute rencontrée couvre l'ensemble des compétences du RCEPEQ (OEQ). Cependant, une seule participante travaillant comme ergothérapeute clinicienne auprès de militaires blessés a été consultée dans le cadre du projet d'intégration. Ceci soulève la question à savoir si l'on a décrit la pratique de l'ergothérapie dans les FAC ou bien si l'on a décrit la pratique professionnelle d'une ergothérapeute en particulier qui travaille au sein des FAC. Ce projet d'intégration amène également à se questionner sur la pertinence d'avoir des ergothérapeutes militaires dans les FAC.

**Mots clés :** Ergothérapie, Forces canadiennes, militaires, armée, réadaptation

**Key words :** Occupational therapy, Canadian Forces, military, army, rehabilitation

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	ii
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	vi
REMERCIEMENTS .....	vii
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	2
2.1. L'ergothérapie dans les Forces armées .....	2
2.2. Selon la problématique .....	5
2.2.1 Blessures aux membres supérieurs.....	5
2.2.2 Troubles de santé mentale .....	5
2.2.3. Traumatismes craniocérébraux .....	7
2.3. Pertinence de l'étude.....	8
2.4. Objectif de recherche .....	8
3. CADRE CONCEPTUEL.....	9
3.1 RCEPEQ .....	9
3.1.1 La conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie.....	10
3.1.2 La gestion des éléments clés de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie.....	10
3.1.3 L'évaluation et l'amélioration de sa pratique professionnelle .....	10
3.1.4. La participation à l'évolution et au rayonnement de la profession .....	11
3.2. Justification du choix de cadre conceptuel .....	11
4. MÉTHODE.....	12
4.1 Devis de recherche .....	12
4.2 Déroulement de la collecte de données.....	12
4.3 Plan d'analyse des données.....	13
4.4 Considération éthique .....	13
5. RÉSULTATS .....	14
5.1 Contexte de pratique tel que décrit par l'ergothérapeute rencontrée en entrevue.....	14
5.1.1 L'organisation des programmes de santé dans les FAC .....	14
5.1.2 Parcours d'un militaire blessé .....	15

5.1.3 Clientèles vues en ergothérapie.....	16
5.1.4 Évaluations et interventions .....	17
5.1.5 Ressources .....	19
5.2 Description de la pratique sur la base du RCEPEQ.....	20
5.2.1 La conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie.....	20
5.2.1.1 Être capable de concevoir et planifier une intervention en ergothérapie (1.1)...	20
5.2.1.2 Être capable de mettre en œuvre une intervention en ergothérapie (1.2).....	21
5.2.2 La gestion des éléments clés de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie.....	22
5.2.2.1 Être capable d'agir en tant qu'ergothérapeute à titre de membre d'une équipe interdisciplinaire (2.1) .....	22
5.2.2.2 Être capable de produire les documents liés à la prestation de services en ergothérapie (2.2).....	23
5.2.2.3 Être capable d'exploiter l'information propre à la prestation de services en ergothérapie (2.3).....	23
5.2.2.4 Être capable de contribuer à l'administration des services en ergothérapie (2.4) .....	23
5.2.3 L'évaluation et l'amélioration de sa pratique professionnelle .....	24
5.2.3.1 Être capable de produire et mettre en œuvre un plan de formation continue adapté à sa pratique professionnelle (3.1) .....	24
5.2.3.2 Être capable d'intégrer les acquis de la formation continue dans sa pratique professionnelle (3.2) .....	24
5.2.4 La participation à l'évolution et au rayonnement de la profession .....	25
5.2.4.1 Être capable de contribuer à l'approfondissement et à la diffusion des connaissances en ergothérapie (4.1) .....	25
5.2.4.2 Être capable de contribuer à des activités de formation et d'information sur l'ergothérapie (4.2) .....	25
6. DISCUSSION.....	26
6.1 Parcours d'un militaire blessé.....	26
6.2 Clientèle vue en ergothérapie .....	27
6.3 Évaluations et interventions en ergothérapie dans les Forces armées .....	27
6.4 Comparaison avec le RCEPEQ.....	28
6.5 Forces et limites .....	29
6.6 Retombées de l'étude .....	30
7. CONCLUSION .....	32

RÉFÉRENCES .....	33
ANNEXE A : STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	37
ANNEXE B : REPRÉSENTATION DÉTAILLÉE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE VIA DES BANQUES DE DONNÉES.....	39
ANNEXE C : GRILLE D'ANALYSE DE L'ENTREVUE.....	40
ANNEXE D : QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À L'ENTREVUE.....	42
ANNEXE E : CERTIFICAT D'ÉTHIQUE .....	46
ANNEXE F : LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ...	47

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

EPIC	<i>Employment Potential Improvement Corporation</i>
FAC	Forces armées canadiennes
IRD PQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MVPT	<i>Motor-Free Visual Perception Test</i>
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PRT	Programme de retour au travail
RCEPEQ	Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
TCC	Traumatisme craniocérébral
UI SP	Unité interarmée de soutien aux personnes
WTU	<i>Warrior Transition Units</i>

## **REMERCIEMENTS**

Je voudrais d'abord remercier Mme Nathalie Veillette, ma directrice de recherche et professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son support, ses conseils judicieux et ses suggestions pour l'amélioration et le développement de mon projet de recherche. Sa disponibilité, son savoir, ses corrections, mais également ses nombreux encouragements ont rendu possible la réalisation de ce projet.

Je remercie également l'ergothérapeute qui a accepté de participer à cette recherche comme experte pour m'avoir fourni des informations pertinentes afin de perfectionner mon projet.

Un merci tout spécial à mes proches et mes amis pour m'avoir toujours soutenue et encouragée tout au long de ma maîtrise ainsi que pour m'avoir donné le goût de me surpasser même dans les moments difficiles.



## 1. INTRODUCTION

L'ergothérapie est une profession qui existe depuis le début des années 1900 et son évolution s'est façonnée avec les années. La Première Guerre mondiale a favorisé le développement de l'ergothérapie dans le domaine de la santé physique (Gable, 2000). C'est à ce moment que la profession connaît son premier essor. En 1917, un ergothérapeute « suggère à l'armée américaine d'instaurer des programmes d'activités dans les hôpitaux militaires » (Détraz, 1992, cité dans Beguin, 2000, p.2). « Le besoin de sortir les hommes le plus rapidement possible des hôpitaux et de les retourner dans la société ouvre la porte à l'utilisation de l'activité dans le traitement des soldats » [Traduction libre] (Smith, 1918, cité dans Hoover, 1996, p. 881). De plus, « durant la Première Guerre mondiale, l'activité était utilisée au lit des patients afin de mobiliser les soldats et pour les encourager à utiliser leurs mains et leur esprit pendant qu'ils se rétablissaient de leur blessure de guerre » [Traduction libre] (Upham, 1919, cité dans Hoover, 1996, p. 881). Les militaires peuvent se blesser au combat, au pays ou simplement acquérir des automatismes qui peuvent nuire à la réalisation de leurs occupations et avoir besoin de service d'ergothérapie. Avec le temps, l'ergothérapie s'est développée tant dans le domaine de la santé mentale que dans celui de la santé physique. À travers le temps, les buts de la réadaptation peuvent varier, mais le besoin pour l'occupation persiste à travers les décennies.

Dans le cadre de mon emploi comme officier dans les cadets de l'armée, j'ai eu à travailler avec des militaires qui connaissaient très peu le rôle de l'ergothérapeute. C'est en consultant les diverses sources portant sur l'ergothérapie dans les Forces armées canadiennes (FAC) que l'on constate que l'ergothérapie auprès des militaires est un domaine de pratique peu connu.

Ce projet mettra donc de l'avant la pratique de l'ergothérapie dans les FAC, afin de faire connaître aux lecteurs un secteur peu connu de la profession.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Selon le Petit Larousse illustré (2000), un militaire est une « personne qui fait partie des Forces armées » (p.653). Tout au long de la recherche, lorsque le terme « militaire engagé » sera employé, il fera référence à une personne encore active au sein des Forces armées. En conséquence, celui-ci peut s'être blessé soit durant l'entraînement, au combat, en situation de guerre, ou dans sa vie civile.

Afin de décrire la pratique de l'ergothérapie auprès des militaires faisant partie des FAC, une recension des écrits a été faite pour dresser un bilan de l'état actuel des connaissances sur le rôle des ergothérapeutes auprès des militaires blessés. Les bases de données MEDLINE, CINAHL et psycINFO ont été consultées. Afin de cibler la recherche, les mots clés suivants ont été utilisés : « Occupational Therap\* », rehabilit\*, military, « service member\* », « military personnel\* », « military service », army, intervention\*, approach\* et « brain injur\* ». Ils ont été mis en combinaison afin d'obtenir un maximum d'articles pertinents. Cette recherche documentaire a permis de constater le peu d'information sur l'ergothérapie dans les FAC. C'est pour cette raison que les articles décrivant les pratiques en cours dans l'armée américaine ont été inclus dans cette recension (Voir l'annexe A). Les articles publiés entre 1990 et 2013 ont été retenus et une restriction a été appliquée quant à l'âge des sujets, excluant les enfants et les vétérans. Les titres et les résumés ont été lus afin d'éliminer les articles qui n'étaient pas pertinents à la présente étude. Voir l'annexe B pour une représentation détaillée de la stratégie de recherche documentaire.

### **2.1. L'ergothérapie dans les Forces armées**

Au Canada, entre 2002 et 2011, ce sont 635 militaires canadiens qui ont été blessés au combat, c'est-à-dire qui ont subi des blessures causées par des bombes artisanales, des mines, des attaques à la roquette et par le combat direct avec des forces ennemies. Certains ont également eu des traumatismes psychologiques aigus directement liés au combat. Toutes ces blessures nécessitent des interventions médicales (Défense Nationale et Forces canadiennes, 2011a). De plus, 1412 militaires ont été blessés hors combat. Cela comprend :

les blessures qui ont été causées par des accidents de la circulation, la décharge accidentelle d'une arme, ou toutes autres blessures accidentelles non liées au combat. Elles comprennent également les militaires portés malades, de même que les militaires rapatriés pour des raisons humanitaires ou pour des raisons médicales et ceux qui ont repris leur service après avoir été évalués par un médecin militaire (Défense Nationale et Forces canadiennes, 2011a).

Afin d'aider leurs membres, les différentes bases militaires offrent des services de santé mentale (Défense Nationale et Forces canadiennes, 2011b) et de santé physique (Défense Nationale et Forces canadiennes, 2011c).

Depuis 2003, un ergothérapeute fait partie de l'équipe multidisciplinaire dans le programme de retour au travail à la base militaire des FAC de Valcartier (Reimer, 2009). Son rôle est de s'assurer que le militaire puisse retourner le plus rapidement à son travail par l'utilisation de stratégies compensatoires. En effet, l'ergothérapeute est en mesure de prescrire et d'ajuster des aides techniques, de fournir de l'enseignement aux militaires, de faire des évaluations de capacités fonctionnelles, de déterminer les limitations d'emplois, d'aviser la chaîne de commandement sur les facteurs de risques, les taux de blessures et les routines de la personne ainsi que de traiter les troubles cognitifs des militaires ayant subi un traumatisme craniocérébral. Lors de l'étude menée par Reimer en 2009, l'ergothérapeute travaillait également avec des militaires qui avaient des troubles de santé mentale (syndrome de stress post-traumatique, blessure de stress opérationnel), des déficits cognitifs et des blessures musculosquelettiques qui affectent leur rôle de travailleur (Reimer). Depuis ce temps, une réorganisation du rôle de l'ergothérapeute a eue lieu (Nadeau, 2012).

Selon Brown et Hollis (2013), quatre postes sont ouverts au Canada pour les ergothérapeutes afin de travailler dans les FAC soient sur la base militaire de Valcartier au Québec, d'Edmonton en Alberta, de Halifax en Nouvelle-Écosse et d'Ottawa en Ontario. Cependant, seulement deux de ces quatre postes sont comblés dont un au Québec. Les FAC font donc appel à des ergothérapeutes civils pour intervenir auprès de leurs membres. Le mandat des ergothérapeutes civils qui traitent les militaires se limite à la prescription d'aides techniques et à l'adaptation domiciliaire. En comparaison, l'ergothérapeute militaire est en

mesure d'offrir également des services de réadaptation qui correspondent aux exigences et aux habiletés qu'un militaire doit rencontrer pour être considéré de déployable, c'est-à-dire être admissible à participer aux missions. De plus, étant donné que les valeurs et la culture d'un militaire peuvent être différentes d'une personne considérée comme civile, il est important que l'ergothérapeute soit en mesure de comprendre cette culture militaire pour contribuer à la réadaptation de façon efficace. Brown et Hollis concluent que l'idéal serait la collaboration d'un ergothérapeute civil et militaire pour intervenir auprès de cette clientèle.

Aux États-Unis, lorsqu'un militaire est blessé au combat, il est retourné au pays afin d'y recevoir les soins nécessaires. Dès qu'ils ont une blessure sévère, par exemple, une amputation, une lacération, etc., les militaires sont soignés dans un *Major Medical Center*. Ce centre militaire de soins intensif permet aux militaires blessés de recevoir des services d'orthopédie, de traumatologie, de réadaptation et de psychiatrie si nécessaire. Le rôle de l'ergothérapeute dans les traitements de réadaptation aux militaires ayant subi des blessures sévères est d'augmenter l'endurance et de maximiser l'indépendance du militaire dans les activités de la vie quotidienne et domestique (Goldberg et coll., 2009; Andersen, Frisch, Farber et Hayda, 2006).

Les militaires qui subissent des blessures moins sévères sont vus dans un centre médical près de leur unité militaire en attente d'un retour au travail ou d'un changement de carrière, si nécessaire. Cet endroit est appelé la *Warrior Transition Units* (WTU) (Erickson, 2008) et correspond à un hôpital militaire. Dans ce milieu, le rôle de l'ergothérapeute est d'aider le militaire à acquérir un niveau de fonctionnement optimal dont l'un des objectifs est le retour au travail (civil ou militaire). Il engage le militaire à la fois dans des occupations, des activités et des tâches qui apportent un sentiment de compétence et qui favorisent l'acquisition d'habiletés. Selon Erickson, la réinsertion au travail permet au militaire de développer une identité personnelle positive et de sentir un contrôle sur sa propre destinée. L'ergothérapeute est à même de développer et de participer à des programmes d'analyse d'emploi, de gradation d'activité, d'adaptation environnementale et peut identifier les comportements à adopter au travail.

## **2.2. Selon la problématique**

Dans la littérature décrivant les pratiques canadiennes et américaines en ergothérapie, il est possible de constater que certaines problématiques sont similaires. En effet, les militaires sont davantage à risque de développer certaines maladies ou d'être victime d'accident dans le cadre de leur emploi. Le rôle de l'ergothérapeute dans les Forces armées peut donc également être décrit du point de vue des problématiques rencontrées par les militaires.

### **2.2.1 Blessures aux membres supérieurs**

Dans la littérature concernant la pratique américaine, les blessures musculosquelettiques aux membres supérieurs sont les blessures les plus fréquentes chez les militaires actifs avec 1,6 million de militaires blessés par année (Yancosek, Roy et Erickson, 2012). Pour apporter les meilleurs soins possibles aux militaires et pour réduire les délais dans les soins, l'armée américaine a incorporé un programme d'ergothérapie et de physiothérapie. Ce programme vise à faire de la prévention, à aider au diagnostic et à faire de la réadaptation dans un but de retour au travail. L'ergothérapeute peut également jouer ce rôle sur le champ de bataille (Montz, Gonzales, Bash et Carney, 2008). L'ergothérapeute peut intervenir avec cette clientèle à travers des exercices passifs et actifs d'amplitudes articulaires, à l'aide d'orthèses et par l'intermédiaire de toute autre intervention en ayant la vision holistique de l'ergothérapeute.

Dans les cas où les blessures aux membres supérieurs concernent le membre dominant, la réalisation des activités peut s'avérer plus difficile. L'ergothérapeute peut alors proposer un transfert de dominance pour réaliser les occupations ou une adaptation des activités en prenant en considération la déficience (Yancosek, 2012). Enfin, l'utilisation du sport adapté est un type d'intervention permettant aux militaires présentant des limitations physiques d'augmenter leur participation. Cette méthode augmente également la motivation et diminue la dépression (Yancosek, Daugherty et Cancio, 2008).

### **2.2.2 Troubles de santé mentale**

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) fait également partie des maladies les plus répertoriées chez les militaires américains. Selon Classen et ses collaborateurs (2011), les

vétérans démontrent davantage de signes d'agressivité, ce qui serait possiblement dû aux expériences de combat. Les militaires sont exposés à des conditions extrêmes de conflits et présentent des symptômes qui interfèrent avec leurs habiletés à performer en mission (Ellsworth, Sinnott, Laedtke et McPhee, 1993).

Classen et ses collaborateurs (2011) suspectent une augmentation de la mortalité chez des vétérans présentant un SSPT et l'associent aux erreurs de conduite effectuées par cette clientèle. Lorsqu'ils sont en mission, les soldats acquièrent des automatismes de conduite qui leur permettent de survivre, mais qui ne se dissipent pas immédiatement une fois de retour au pays et qui, de fait, augmentent la probabilité d'avoir un accident de la route. Une étude a été réalisée par la *United Services Automobile Association* (2012) démontrant que les soldats qui reviennent de mission ont 13% plus de risques d'avoir un accident de voiture avec responsabilité dans les six premiers mois où ils sont de retour au pays qu'au moment de leur départ en mission.

Aux États-Unis, les ergothérapeutes sont des membres actifs de l'armée américaine et lorsqu'ils sont déployés en mission, font partie de l'unité de *Combat Stress Control detachments* (Oakley, Caswell et Parks, 2008). En 2007, ce sont 79 ergothérapeutes engagés dans l'armée américaine qui travaillaient auprès d'une clientèle en santé mentale pour supporter les militaires dans leur mission (Newton, 2007). Sur le champ de bataille, l'ergothérapeute joue un rôle de prévention en reconnaissant rapidement les réponses négatives dues à des événements anormaux. Son but est de maintenir la santé du militaire en l'aidant à avoir des réactions normales face à des situations anormales. La présence de l'ergothérapeute vise à aider les soldats à acquérir des capacités d'adaptation et à gérer les événements stressants dans les missions (Montz, Gonzales, Bash et Carney, 2008; Oakley, Caswell et Parks, 2008). Pour ce faire, l'utilisation de l'activité peut permettre aux militaires d'acquérir des capacités d'adaptation considérant que dans une période stressante, l'activité joue un rôle primordial dans la régulation des émotions (Ellsworth, Sinnott, Laedtke et McPhee, 1993). Les principales sources d'angoisse chez les militaires déployés au combat peuvent provenir d'un manque d'expérience de ceux-ci, du stress de devoir se mobiliser

fréquemment, du manque de vie privée, de la fatigue, du climat hostile de l'endroit, de l'incertitude face au futur et de l'inquiétude concernant leur famille. Dans cette situation, l'ergothérapeute n'intervient pas auprès des militaires ayant des troubles de santé mentale, mais plutôt en amont par de la prévention (Ellsworth, Sinnott, Laedtke et McPhee).

Les ergothérapeutes peuvent également intervenir auprès des conjoint(e)s des militaires. Il est possible que ces personnes vivent de la colère face à l'absence de leur conjoint(e) ou en raison des blessures de ceux-ci. Par exemple, dans une étude de Linkh et Sonnek effectuée en 2003, un groupe de thérapie cognitivo-comportementale mené par des ergothérapeutes auprès d'épouses de militaires s'est avéré efficace pour diminuer l'expression de la colère chez ces femmes.

### **2.2.3. Traumatismes craniocérébraux**

Les traumatismes craniocérébraux (TCC) sont des blessures souvent répertoriées chez les militaires américains. Les principaux symptômes reliés au TCC sont les déficits cognitifs, qui peuvent avoir un impact sur plusieurs occupations telles que la conduite automobile (vitesse et ajustement face à un stimulus) (Classen et coll., 2011). Comme c'est le cas pour le SSPT, les auteurs suspectent une augmentation de la mortalité reliée à la conduite automobile, provenant des vétérans présentant un TCC modéré. Il est donc important d'évaluer et d'intervenir à ce niveau (Classen et coll.).

À cet égard, des évaluations au niveau de la vision ainsi que la perception visuelle sont recommandées, au même titre que les autres évaluations cognitives, afin de déceler les déficits qui peuvent interférer avec le fonctionnement (Radomski, Davidson, Voydetich et Erickson, 2009; Torrence, DeCristofaro et Elliott, 2011).

Dans le but d'aider au maximum les militaires ayant un TCC dans leur quête d'autonomie, les ergothérapeutes doivent incorporer à leur plan d'intervention de l'enseignement concernant les symptômes du traumatisme, les blessures éventuelles qui

seraient possibles, ainsi que l'importance de l'hygiène et de l'exercice (Radomski, Davidson, Voydetich et Erickson, 2009; Torrence, DeCristofaro et Elliott, 2011).

### **2.3. Pertinence de l'étude**

Dans la littérature scientifique considérée, les problèmes médicaux qui sont mentionnés le plus fréquemment suite à des blessures de guerre, sont les blessures aux membres supérieurs, le SSPT et le TCC. Ceux-ci amènent de nombreux problèmes physiques, cognitifs, psychologiques et comportementaux qui peuvent influencer la réalisation des occupations. En effet, bien que plusieurs militaires reviennent au pays sans déficits ou symptômes apparents, il ne faut pas négliger l'impact des missions sur les occupations des militaires au quotidien. Cette recherche sera donc un premier pas pour décrire davantage la pratique professionnelle de l'ergothérapie au sein des équipes interprofessionnelles impliquées auprès des militaires engagés dans les FAC. En soi, il s'agit d'une contribution pertinente, puisque cette pratique est encore méconnue et pour laquelle peu de documentation est accessible aux personnes concernées.

### **2.4. Objectif de recherche**

Le but de cette étude est de décrire la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de militaires engagés dans les FAC.

Considérant le peu d'information en lien avec la pratique canadienne de l'ergothérapie, il serait intéressant de décrire plus précisément les services d'ergothérapie dans les FAC en allant consulter une personne experte en la matière qui travaille comme ergothérapeute sur une base militaire des FAC. Par la suite, les informations recueillies auprès de cette personne seront analysées sur la base du Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec (RCEPEQ) (OEQ, 2010).



### **3. CADRE CONCEPTUEL**

Dans le cadre de ce projet d'intégration, le RCEPEQ (OEQ, 2010) sera utilisé pour analyser et décrire la pratique de l'ergothérapie dans les FAC. Ce document propose une vision actualisée des exigences et des compétences liées à l'exercice de la profession et définit les responsabilités et les rôles de l'ergothérapeute inscrit au tableau des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). Selon l'OEQ,

la compétence professionnelle est la capacité d'une personne à utiliser ses connaissances, ses habiletés et son jugement pour analyser une situation complexe, définir un problème et le résoudre, proposer des actions ainsi qu'interagir avec les clients et l'environnement du secteur d'activité dans lequel elle exerce sa profession (P. 5).

La compétence professionnelle intègre le savoir-connaissance, le savoir-être et le savoir-faire.

#### **3.1 RCEPEQ**

Les compétences nécessaires à l'exercice de la profession sont décrites selon quatre domaines soit « la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie », « la gestion des éléments clés de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie », « l'évaluation et l'amélioration de sa pratique professionnelle » et « la participation à l'évolution et au rayonnement de la profession » (OEQ, 2010, p.7). Ce regroupement permet de résumer l'ensemble des exigences en lien avec les compétences attendues de la part des ergothérapeutes et d'éviter les répétitions quant aux différents rôles des ergothérapeutes. Chaque domaine contient des compétences particulières permettant de préciser la nature des exigences. Ces compétences sont évoquées à l'aide du vocable : être capable de ... Plusieurs actions sont associées à chacune des compétences permettant ainsi de les clarifier et de les comprendre (OEQ).

### **3.1.1 La conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie**

Le premier domaine réfère à deux compétences soit, « être capable de concevoir et de planifier une intervention en ergothérapie » et « être capable de mettre en œuvre une intervention en ergothérapie » (OEQ, 2010, p.14). En effet, le RCEPEQ (OEQ) stipule que l'ergothérapeute doit être en mesure d'analyser les demandes de services en s'assurant d'avoir toutes les informations nécessaires, d'évaluer les besoins du client ou de la population en cernant les attentes du client et en recueillant les données pertinentes et enfin, d'élaborer un plan d'intervention pour faciliter les habitudes de vie à partir des résultats d'évaluation. En résumé, ce domaine réfère à la compétence de l'ergothérapeute de mener une intervention à terme et de formuler des recommandations si cela est nécessaire.

### **3.1.2 La gestion des éléments clés de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie**

Le deuxième domaine regroupe quatre compétences qui sont : « être capable d'agir en tant qu'ergothérapeute à titre de membre d'une équipe interdisciplinaire », « être capable de produire les documents liés à la prestation de services en ergothérapie », « être capable d'exploiter l'information propre à la prestation de services en ergothérapie » et enfin, « être capable de contribuer à l'administration et à l'amélioration continue des services en ergothérapie » (OEQ, 2010, p.14-15). Ce domaine de compétences fait référence à la participation aux rencontres d'équipe interdisciplinaire permettant un partage d'information qui favorise la préparation d'un plan de traitement interdisciplinaire. De plus, il réfère à l'accomplissement des tâches administratives nécessaires à la bonne conduite du processus ergothérapique telle que la tenue de dossier. Enfin, le suivi des clients est également un élément clé de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie.

### **3.1.3 L'évaluation et l'amélioration de sa pratique professionnelle**

Le troisième domaine réfère à deux compétences qui sont d'« être capable de produire et de mettre en œuvre un plan de formation continue adapté à sa pratique » ainsi que d'« être capable d'intégrer les acquis de la formation continue dans sa pratique » (OEQ, 2010, p.15). Ce domaine de compétences démontre que l'ergothérapeute détermine les éléments à

améliorer et se tient à jour quant aux nouvelles technologies, aux nouvelles évaluations et aux nouvelles modalités d'interventions possibles. L'ergothérapeute s'engage à avoir une pratique compétente par l'acquisition de nouvelles connaissances.

#### **3.1.4. La participation à l'évolution et au rayonnement de la profession**

Le quatrième domaine implique deux compétences qui sont : « être capable de contribuer à l'approfondissement et à la diffusion des connaissances en ergothérapie » et « être capable de contribuer à des activités de formation et d'information sur l'ergothérapie » (OEQ, 2010, p.15). Ce domaine de compétences vise à promouvoir l'ergothérapie, que ce soit par la participation à des projets de recherche, la supervision de stagiaire, la présentation d'exposé, etc.

### **3.2. Justification du choix de cadre conceptuel**

Le RCEPEQ (OEQ, 2010) est un document de référence permettant de connaître, de façon exhaustive, les exigences reliées à la pratique de l'ergothérapie au Québec. Le cadre conceptuel proposé par le RCEPEQ (OEQ) a été retenu puisqu'il est suffisamment détaillé en termes de savoir-faire, de savoir-être et de savoir-connaissance. Ce cadre conceptuel a donc été privilégié pour servir de base à l'élaboration de la grille d'analyse.

À partir de la recension des écrits, certains éléments importants du RCEPEQ (OEQ, 2010) ont été dégagés pour ainsi faire une analyse complète des tâches de l'ergothérapeute en les comparant avec les quatre domaines de compétences. Cette analyse a permis de dresser un portrait global des compétences de l'ergothérapeute auprès des militaires. Voir l'annexe C pour consulter la grille d'analyse.

## **4. MÉTHODE**

### **4.1 Devis de recherche**

La recherche a été réalisée selon une approche qualitative phénoménologique. Ce type de devis vise à comprendre un phénomène et en saisir les éléments essentiels (Fortin, 2010).

### **4.2 Déroulement de la collecte de données**

Pour décrire la pratique de l'ergothérapie auprès de militaires blessés engagés dans les FAC, un bilan des connaissances concernant cette pratique a d'abord été réalisé. À cette étape, il s'est avéré qu'une seule personne répondait aux critères de sélection, c'est-à-dire, qui s'exprimait en français et qui travaillait sur une base militaire des FAC comme ergothérapeute clinicienne. C'est notamment pour cette raison que le terme ergothérapeute sera conjugué au féminin dans la suite du document. Une première prise de contact a été effectuée par courriel afin de connaître l'intérêt de cette ergothérapeute à participer à l'étude. Suite à sa réponse positive, elle a été contactée par téléphone afin d'expliquer précisément l'objectif de l'étude et dans le but de convenir d'un moment propice pour réaliser une entrevue individuelle semi-structurée qui viendrait compléter les informations issues de la recension des écrits.

Préalablement à cette rencontre, un questionnaire maison a été élaboré par l'étudiante-chercheuse. Celui-ci a été envoyé par courriel à la personne recrutée deux semaines avant l'entrevue, afin qu'elle puisse prendre connaissance des sujets abordés et s'y préparer. Le questionnaire a également servi de matrice lors de l'entrevue, qui visait à décrire les expériences de travail de l'ergothérapeute. Il comportait 26 questions (ouvertes, fermées ou à choix multiples), sur des sujets tels que les évaluations et interventions réalisées, la clientèle, la formation continue, etc. Voir questionnaire à l'annexe D.

L'entrevue s'est déroulée dans les locaux de la base militaire. Elle a été enregistrée et le verbatim transcrit à l'écrit, afin de pouvoir retrouver plus efficacement tous les renseignements nécessaires pour l'analyse de l'information. Enfin, les données issues de l'entrevue ont été analysées à partir du RCEPEQ (OEQ, 2010).

### **4.3 Plan d'analyse des données**

Dans un premier temps, une grille d'analyse en lien avec les catégories ciblées par la recension des écrits a été faite sur la base du RCEPEQ (OEQ, 2010). Dans un deuxième temps, l'entrevue a été transcrite sous forme de verbatim. Celui-ci a été soumis à une analyse qualitative par la stratégie de révision de texte qui permet l'interprétation des données en faisant ressortir les éléments en lien avec les catégories telles que formulées dans la grille d'analyse (Fortin, 2010). Les données ont été extraites, en vue de décrire le contexte de pratique, mais également pour illustrer à l'aide d'exemples précis, comment l'ergothérapeute répond aux exigences du RCEPEQ (OEQ).

### **4.4 Considération éthique**

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (certificat # CER-12-184-06.24 à l'annexe E). La participante devait signer un formulaire de consentement lors de l'entrevue qui stipulait qu'elle avait été informée de la nature de l'étude ainsi que de son droit de se retirer en tout temps (Voir formulaire et lettre d'information à l'annexe F). Une discussion a également eu lieu concernant la possibilité qu'elle puisse être identifiée ultérieurement en tant que répondante, considérant qu'il y a peu d'ergothérapeutes cliniciens travaillant dans les FAC sur une base militaire et qui s'exprime en français. La répondante s'est dite consciente de cette situation et accepte cette possibilité. Cependant, il a été convenu que ni son nom et le nom de sa base militaire ne seraient mentionnés dans les écrits qui feraient suite à l'étude. Les données recueillies lors de l'entrevue ont été conservées sur le disque dur d'un ordinateur personnel protégé par un mot de passe. Les seules personnes à avoir accès aux données étaient l'étudiante-chercheuse et la directrice qui supervise le projet. Les données seront détruites un an après le dépôt du projet.

## 5. RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus lors de l’entrevue en lien avec les objectifs de l’étude. Une description du contexte de la pratique de l’ergothérapeute consultée sera présentée. Ensuite, les divers éléments décrivant sa pratique seront détaillés à l’aide d’une grille d’analyse élaborée sur la base du RCEPEQ (OEQ, 2010). Lors de l’entrevue, l’ergothérapeute a décrit son rôle dans les FAC depuis 2006. Cependant, dans le cadre de ce projet, les responsabilités et les fonctions qui nous intéressent sont celles effectuées en 2013.

### 5.1 Contexte de pratique tel que décrit par l’ergothérapeute rencontrée en entrevue

#### 5.1.1 L’organisation des programmes de santé dans les FAC

Dans les FAC, plusieurs chaînes de commandements peuvent prendre en charge un militaire blessé en vue d’effectuer de la réadaptation. Ici, il sera question des services de santé des FAC et de l’unité interarmée de soutien aux personnes (UISP) tel qu’illustré à la Figure 1.

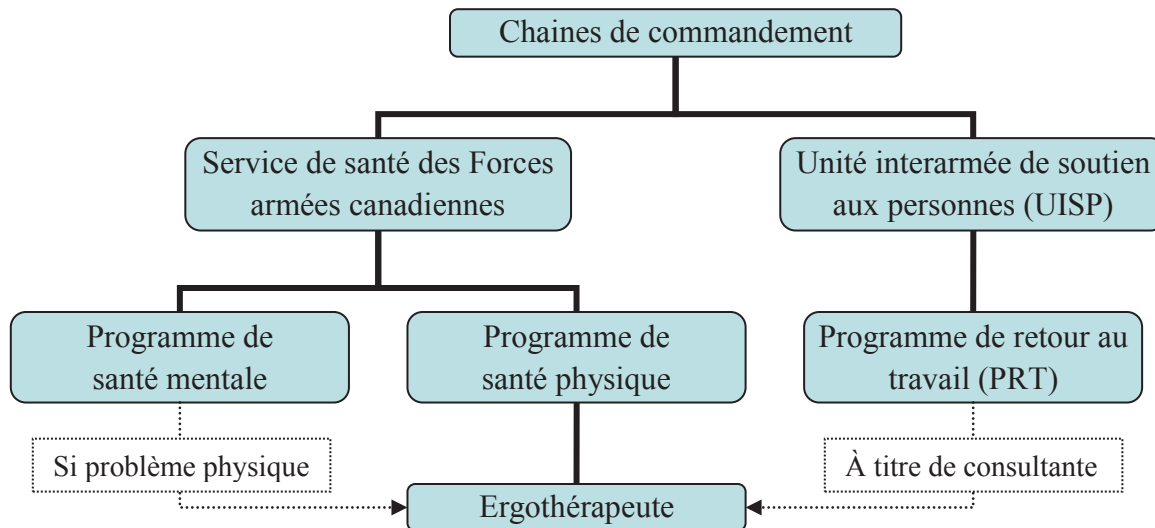


Figure 1. L’organisation des programmes de santé pouvant prendre en charge un militaire blessé.

En ce qui concerne le service de santé des FAC, deux programmes sont mis de l’avant, soit le programme de santé mentale et de santé physique. Ces deux programmes travaillent en

collaboration, mais poursuivent des objectifs différents. L'ergothérapeute relève du programme de santé physique. Son rôle est de développer les capacités du militaire à son maximum afin que celui-ci atteigne le plus haut niveau d'autonomie possible. L'ergothérapeute intervient en fonction des objectifs personnels du militaire, qu'ils soient en lien avec le retour au travail ou non. Dans ce programme, l'ergothérapeute fait partie intégrante de l'équipe, composée également de thérapeutes en réadaptation physique et de physiothérapeutes. En raison des choix organisationnels dans les programmes de santé des FAC, aucune référence pour un diagnostic de santé mentale comme tel n'est adressée en ergothérapie.

Quant au programme de retour au travail (PRT), celui-ci relève de l'UISP. Le PRT est un programme administratif qui a comme mandat de coordonner les différents besoins des militaires afin de les réintégrer dans leur milieu de travail sur la base de recommandations médicales. Le médecin consulte différents professionnels de la santé, dont l'ergothérapeute, afin d'émettre des restrictions médicales permanentes ou temporaires et pour appuyer ou non le retour au travail. Dans cette situation, l'ergothérapeute agit à titre de consultante auprès du PRT puisqu'elle ne fait pas partie intégrante de ce programme. Celle-ci évalue les capacités fonctionnelles du client et fait un rapport que le médecin utilisera pour faire ses recommandations.

### **5.1.2 Parcours d'un militaire blessé**

Lorsqu'un militaire se blesse, que ce soit en mission ou dans le cadre de sa vie civile, il reçoit des services médicaux. Si les blessures sont graves, par exemple, dans le cas d'une amputation ou d'un TCC sévère, les militaires sont hospitalisés dans un centre spécialisé civil, comme à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) afin d'effectuer de la réadaptation intensive. Dans cet établissement, les militaires blessés sont référés vers divers programmes afin de développer au maximum leurs capacités fonctionnelles. Une fois la réadaptation intensive terminée, les militaires sont transférés dans les services médicaux de la base militaire afin de continuer à regagner un maximum de leurs capacités antérieures. Les militaires qui peuvent bénéficier de service d'ergothérapie directement sur la base militaire

doivent être affiliés à une base où travaille un ergothérapeute. À défaut, ceux qui sont affiliés à d'autres bases militaires où aucun ergothérapeute n'y travaille et qui ont besoin de services d'ergothérapie doivent être référés en clinique privée. Si les militaires subissent des blessures mineures et ne nécessitent pas de soins aigus, ils sont immédiatement vus dans les services médicaux de la base militaire, qui pourront alors les référer directement en ergothérapie s'ils se trouvent de nouveau affiliés à une base militaire où travaille un ergothérapeute.

Les personnes qui peuvent faire des références en ergothérapie sont principalement les médecins/infirmiers, mais également les physiothérapeutes. Ceux-ci réfèrent pour des évaluations et des adaptations de postes de travail, des évaluations ergonomiques et du développement de capacités. Le programme de santé mentale peut occasionnellement faire des références en ergothérapie. Toutefois, celles-ci doivent concerner une problématique de l'ordre de la réadaptation physique à laquelle vient s'ajouter une composante relevant de la santé mentale.

### **5.1.3 Clientèles vues en ergothérapie**

Les clients qui sont vus par l'ergothérapeute sur la base militaire sont tous des militaires actifs dans les FAC et sont engagés sur la base militaire où l'ergothérapeute travaille. Tel que mentionné précédemment, ceux-ci peuvent s'être blessés en mission, en entraînement ou lors de leurs activités quotidiennes. Au moment de l'étude, l'ergothérapeute comptait environ 40 à 50 clients dans sa liste de clients actifs. Certains sont en arrêt de travail tandis que d'autres sont en retour au travail progressif. Par ailleurs, lorsque les militaires sont libérés des Forces armées, le programme des anciens combattants les prend en charge.

Par ordre d'importance en termes de fréquence, les principales raisons pour lesquelles des militaires sont vus en ergothérapie sont pour des causes de douleurs persistantes telles que des lombalgies, cervicalgies, dorsalgies, cervicobrachialgie, hernies discales, etc. L'ergothérapeute voit beaucoup de personnes ayant des blessures aux membres supérieurs telles que des ténosynovites de Quervin, des tunnels carpiens et des blessures à la main et aux doigts, par exemple, des tendinites et des ruptures de tendons. Lors des missions, il arrive que



des éclats d'obus ou des éclats de débris provoquent des blessures comme des déchirures musculaires, des lésions des tissus mous et des lésions nerveuses aux membres supérieurs.

L'ergothérapeute voit également des personnes ayant subi des amputations. De plus, les personnes présentant des traumatismes crâniens (légers, modérés ou sévères) et les gens ayant une blessure médullaire sont également vus en ergothérapie. Enfin, l'ergothérapeute voit certains cas de cancer, mais cette clientèle est peu fréquente dans sa pratique.

Aucun militaire n'est vu en ergothérapie pour des raisons de santé mentale comme cause principale de consultation. L'ergothérapeute mentionne toutefois que certains militaires ayant des troubles de santé mentale peuvent être vus en ergothérapie, mais ils ont été initialement référés pour des raisons de réadaptation physique. À ce moment, l'ergothérapeute traitera la personne globalement et prendra en considération cet aspect, mais aucune intervention de santé mentale ne sera effectuée par l'ergothérapeute.

#### **5.1.4 Évaluations et interventions**

Dans les FAC, l'objectif initial de l'ergothérapeute est d'évaluer les capacités fonctionnelles du militaire dans son quotidien et de les développer à son maximum. L'ergothérapeute utilise d'abord un questionnaire subjectif permettant d'évaluer le fonctionnement des clients dans leurs diverses occupations au quotidien.

De plus, afin d'évaluer le potentiel du militaire à reprendre son travail, l'ergothérapeute effectue une évaluation des capacités fonctionnelles spécifique à un emploi avec la batterie d'évaluation développée par *Employment Potential Improvement Corporation* (EPIC) (Matheson, 2003). Cette batterie permet à l'ergothérapeute d'évaluer les tolérances posturales, le soulèvement de charges, etc. en vue d'émettre des recommandations et des restrictions afin de faciliter le retour au travail de la personne. Cette batterie d'évaluation est un outil qui permet également à l'ergothérapeute de faire des simulations de travail telles que creuser des tranchées, ramper, faire des parcours, marcher avec des charges, etc. Ces mises en situation permettent d'évaluer les capacités de la personne ainsi que les techniques d'hygiène posturale

employées par des observations et des normes chronométrées qui aident à déterminer si le militaire peut être considéré comme déployable en mission. À défaut, l'évaluation des capacités fonctionnelles permet de statuer sur les limitations d'emploi c'est-à-dire, quelles tâches il est possible de faire ou non selon la condition du militaire.

L'ergothérapeute fait également des évaluations au niveau de la main. Par exemple, afin d'évaluer la dextérité fine, l'ergothérapeute utilise plusieurs tests standardisés tels que le *Purdue Pegboard Test* (Tiffin et Asher, 1948), le *Nine Hole Peg Test* (Mathiowetz, Volland, Kashman et Weber, 1985a), le *Minnesota Rate of Manipulation Test* (Jurgensen, 1943), le *Box and Block* (Mathiowetz, Volland, Kashman et Weber, 1985b) et le dynamomètre *Jamar* (Mathiowetz, Dove, Kashman, Rogers, Volland, et Weber, 1985).

L'ergothérapeute peut également faire des évaluations à domicile en vue d'adapter la résidence à la condition de la personne. Dans ce cas, une évaluation globale de la personne est faite au niveau de la force, des transferts, des déplacements, etc.

Afin d'émettre ses recommandations, l'ergothérapeute doit parfois apprécier les fonctions cognitives. Pour ce faire, elle fait davantage de mises en situation pertinentes à la situation du client que de tests cognitifs standardisés de type papier-crayon, puisqu'elle considère que l'impact des déficiences cognitives dans le quotidien de la personne sera beaucoup plus significatif lors de tâches réelles. La seule indication pour utiliser un test standardisé lors de l'évaluation des fonctions cognitives est lorsqu'elle évalue la capacité d'une personne à conduire un véhicule routier puisqu'il y a risque de danger. Dans ce cas-ci, elle utilise le *Motor-Free Visual Perception Test* (MVPT) (Colarusso et Hammill, 2003).

L'ergothérapeute fait également des évaluations en vue d'adapter le véhicule d'une personne ayant des conditions physiques restreintes.

En se basant sur les évaluations réalisées, l'ergothérapeute élabore un plan d'intervention et poursuit son processus clinique par des interventions. En contexte de retour

au travail, les interventions se concentrent principalement sur le développement de capacités par des mises en situation ainsi que de l'enseignement. L'ergothérapeute donne des conseils pour effectuer les tâches adéquatement et pour éviter de se blesser à nouveau dans les différentes tâches que le militaire doit effectuer dans le cadre de son travail. L'ergothérapeute fait beaucoup de simulations, mais également des projets d'ébénisterie et des projets qui permettent de travailler la tolérance debout, la tolérance penchée, la force, la posture, etc. Il est important pour une ergothérapeute qui travaille dans les FAC de connaître les exigences du travail de militaire puisque celles-ci sont spécifiques et nécessitent d'être atteintes pour maintenir l'emploi. Elle doit donc entraîner les militaires dans l'exécution de tâches telles que creuser des tranchées, soulever des charges, ramper, etc. Les mises en situation peuvent avoir lieu dans le milieu de travail du militaire par des observations et en clinique. En milieu de travail, l'ergothérapeute évalue si le client a bien intégré les conseils donnés et émet des recommandations si nécessaire. L'ergothérapeute peut également faire des recommandations à l'unité du militaire afin d'adapter le poste de travail dans lequel celui-ci œuvre. Advenant que le militaire ne puisse reprendre son travail comme avant, une réorientation dans un autre poste peut être envisagée.

De plus, bien que le retour au travail soit l'objectif le plus couramment visé par l'ergothérapeute, il est également possible de faire des interventions en vue de rendre la personne plus fonctionnelle à son domicile, par exemple, faire du positionnement pour un militaire en soins palliatifs qui a le cancer ou encore offrir des aides techniques à une personne amputée. Concernant les modalités d'intervention auxquelles elle a recours, l'ergothérapeute peut faire des interventions ponctuelles. Par exemple, elle confectionne aussi des orthèses pour des ténosynovites de Quervin, pour des tunnels carpiens et pour des blessures au niveau des doigts.

### **5.1.5 Ressources**

L'ergothérapeute qui œuvre dans les FAC dispose de ressources à la fois matérielles et financières pour effectuer ses interventions auprès des militaires blessés. L'ergothérapeute peut effectuer ses interventions soit dans les locaux de l'hôpital, au gymnase de la base

militaire, à l'extérieur ou encore à domicile. Elle dispose de tranchées extérieures permettant de faire certaines évaluations et interventions. Le département où travaille l'ergothérapeute possède du matériel et de nombreuses batteries d'évaluation qui facilitent le travail de celle-ci. De plus, les FAC peuvent octroyer un montant très élevé pour les adaptations de domicile (selon les besoins de la personne).

Aussi, les FAC allouent des budgets pour la formation continue de leurs professionnels. L'ergothérapeute a donc facilement accès à des formations lui permettant de maintenir son expertise à jour. Pour terminer, malgré que l'ergothérapeute soit la seule sur la base militaire, il est possible pour elle d'entrer en contact avec d'autres ergothérapeutes qui travaillent dans les hôpitaux civils afin de l'aider si elle en ressent le besoin, ce qu'elle fait à l'occasion.

## **5.2 Description de la pratique sur la base du RCEPEQ**

Au Québec, la profession d'ergothérapeute se structure dans un cadre qui est celui du RCEPEQ (OEQ, 2010). Lors de l'entrevue, plusieurs exemples rapportés par la participante ont illustré comment la pratique professionnelle de l'ergothérapeute dans les FAC correspond aux diverses compétences décrites dans le RCEPEQ (OEQ). Plusieurs exemples illustrent chacune des compétences. Des extraits d'entrevue en témoignent dans les paragraphes qui suivent.

### **5.2.1 La conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie**

#### *5.2.1.1 Être capable de concevoir et planifier une intervention en ergothérapie (1.1)*

L'ergothérapeute s'assure d'avoir en mains les renseignements disponibles permettant l'analyse des occupations par différentes évaluations. Des évaluations globales de la personne sont effectuées au niveau de la force, des transferts, des aides techniques utilisés au même titre que des évaluations concernant l'environnement et les occupations signifiantes de la personne. Une fois l'évaluation terminée, l'ergothérapeute cible les attentes et les objectifs du client afin de planifier les interventions pertinentes. « Si le but du client est de courir 5 km, nous allons travailler avec la kinésiologue et la physiothérapeute pour atteindre cet objectif. Si son but est

de retourner au travail, les objectifs d'intervention viseront à faciliter le retour au travail du militaire ». Pour terminer, elle détermine les ressources nécessaires pour veiller au bon déroulement des interventions par exemple, elle s'assure d'effectuer ses interventions dans un endroit similaire à l'emploi. « Près du gymnase, il y a des tranchées permettant de faire des mises en situation. Les militaires doivent creuser les tranchées et pour ce faire, j'appelle le *Range control* pour y avoir accès ».

#### 5.2.1.2 Être capable de mettre en œuvre une intervention en ergothérapie (1.2)

L'ergothérapeute accompagne le client dans l'accomplissement de ses objectifs. En effet, elle repère les problèmes en vue de s'adapter rapidement.

Je vais souvent dans le milieu de travail du militaire. [...] Parfois, ils sont en retour au travail progressif. Ils n'effectuent pas leurs tâches habituelles. En ergothérapie, on tente d'intégrer les tâches régulières du militaire sur une courte période de temps avec de la supervision. De cette façon, je suis en mesure d'effectuer des observations et de faire de l'enseignement.

De plus, l'ergothérapeute s'assure de faire jouer un rôle actif au client tout au long de l'intervention. « Je suis en mesure d'enseigner certaines techniques par exemple, les techniques d'hygiène posturales. Le client doit ensuite utiliser ses apprentissages à travers différentes tâches. Si celles-ci ne sont pas effectuées adéquatement, je leur donne des conseils pour s'améliorer ». L'ergothérapeute prend en considération une partie de la problématique du client pour intervenir en effectuant des interventions qu'au niveau de la réadaptation physique. Pour terminer, elle assure un suivi en évaluant la situation du client en regard des objectifs établis. Ceux-ci peuvent se faire toutes les semaines tandis que d'autres peuvent être plus espacés.

Je fais une évaluation initiale et une réévaluation un peu plus tard. Cela me permet de voir son évolution. [...] C'est une bonne stratégie permettant de se questionner sur l'efficacité des interventions. Est-ce qu'il y a quelque chose qu'on ne fait pas correctement? Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour les 4 prochaines semaines pour atteindre nos objectifs?

### **5.2.2 La gestion des éléments clés de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie.**

#### *5.2.2.1 Être capable d'agir en tant qu'ergothérapeute à titre de membre d'une équipe interdisciplinaire (2.1)*

L'ergothérapeute travaille en collaboration constante avec des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique qui font également partie du programme de réadaptation physique. De plus, elle travaille avec l'équipe de santé mentale lorsque les militaires vus en réadaptation physique ont également besoin d'un suivi psychologique. Chaque professionnel établit ses propres objectifs d'intervention tout en effectuant un travail d'équipe pour mener à terme une réadaptation efficace. Selon elle, il est important de bien collaborer avec l'équipe de santé mentale puisqu'à certains moments, l'évolution du militaire n'est pas la même en réadaptation physique qu'en santé mentale.

Parfois, la réadaptation physique effectuée atteint un niveau où le client pourrait retourner au travail. Cependant, si celui-ci présente également un syndrome de stress post-traumatique et qu'il vit beaucoup d'anxiété l'empêchant de retourner travailler, il faut effectuer un travail interdisciplinaire pour émettre les bonnes recommandations au médecin.

Par ailleurs, lorsque l'ergothérapeute fait des adaptations de domicile, elle le fait conjointement avec le technicien en architecture qui détermine si les adaptations sont réalistes et faisables. L'ergothérapeute de la base militaire travaille en interdisciplinarité. Les rencontres d'équipes sont peu fréquentes, mais le travail interdisciplinaire se fait davantage par des discussions informelles. « Parfois, c'est un peu difficile, mais nous faisons un travail interdisciplinaire ici ». Pour terminer, l'ergothérapeute agit à titre de membre d'une équipe interdisciplinaire en partageant ses apprentissages. En effet, certaines formations peuvent être bénéfiques pour plusieurs intervenants et l'ergothérapeute fait du transfert de connaissances avec ses collègues. Récemment, elle a d'ailleurs présenté ses apprentissages aux physiothérapeutes lors d'une formation sur les douleurs chroniques puisqu'elle considérait que ceux-ci n'étaient pas bénéfiques seulement pour l'ergothérapeute.

#### *5.2.2.2 Être capable de produire les documents liés à la prestation de services en ergothérapie (2.2)*

L'ergothérapeute effectue la tenue des dossiers professionnels en s'imposant une structure et une discipline. Étant donné que les rapports de l'ergothérapeute sont vus par plusieurs personnes, il est important que ceux-ci soient rédigés avec clarté et précision.

Le rapport d'évaluation qui est fait par l'ergothérapeute se rend jusqu'à Ottawa. Il est donc important de bien structurer mon rapport puisque les lecteurs doivent être en mesure de se faire une idée générale de la condition du client. Ceux-ci ne l'ont jamais vu. Je suis consciente de cela donc je me demande d'être à jour dans ma rédaction. Idéalement, je me fixe un délai de 10 jours pour remettre mon rapport suite à la rencontre avec le client.

#### *5.2.2.3 Être capable d'exploiter l'information propre à la prestation de services en ergothérapie (2.3)*

L'ergothérapeute fait le suivi de la liste des clients en attente selon l'ordre de priorité. Les premières références reçues sont celles traitées en premier, mise à part les demandes d'orthèses. « Il y a une petite liste d'attente. Je reçois toutes les références en ergothérapie, j'analyse la demande et j'évalue le temps nécessaire pour faire l'évaluation. [...] Les références pour des orthèses sont les seules demandes que je priorise ».

De plus, l'ergothérapeute tient à jour les formulaires utiles pour répondre aux besoins des clients. Par exemple, elle a fait un nouveau formulaire permettant aux médecins de clarifier les références en ergothérapie pour ainsi améliorer la qualité des services.

Récemment, j'ai rencontré les médecins de la base militaire puisque j'ai élaboré une nouvelle feuille de référence spécifique à l'ergothérapie. Jusqu'à maintenant, il n'y avait pas de formulaires de référence. Les médecins utilisaient les mêmes formulaires qu'en physiothérapie, mais ceux-ci ne fournissaient pas assez d'information afin de cibler la demande du médecin.

#### *5.2.2.4 Être capable de contribuer à l'administration des services en ergothérapie (2.4)*

L'ergothérapeute participe à l'évaluation des besoins en matière de ressources matérielles. En effet, elle gère de façon autonome les interventions en ergothérapie et s'assure d'avoir les ressources matérielles nécessaires à la bonne conduite du processus d'intervention.

### 5.2.3 L'évaluation et l'amélioration de sa pratique professionnelle

#### 5.2.3.1 Être capable de produire et mettre en œuvre un plan de formation continue adapté à sa pratique professionnelle (3.1)

Chaque année, l'ergothérapeute fait part à ses supérieurs de ses besoins en termes de formation continue. Elle précise les objectifs à poursuivre pour améliorer sa pratique et l'insère dans son portfolio professionnel. Cette affirmation s'illustre par l'extrait d'entrevue suivant :

Chaque année, je fais un plan de formation, en fonction de ce que je souhaiterais acquérir comme connaissances. Ensuite, je fais une demande à mes supérieurs et je vois si cela peut être accepté. Ça va toujours en fonction des besoins. [...] L'année prochaine, ce que j'aimerais faire, c'est une formation sur la thérapie de la main. Il y a des modules que l'on peut faire pour devenir une *certified hand therapist*. J'aimerais faire cette formation pour mieux développer les compétences dans l'évaluation, le traitement des blessures reliées aux membres supérieurs et la confection d'orthèses.

Elle parvient également à tenir un portfolio professionnel en y insérant ses objectifs ainsi que les formations effectuées durant l'année. Bref, elle dresse un bilan de sa participation aux activités de formation continue. L'an passé, elle a assisté à 146 heures de formation de type formelle par la participation à des colloques, à des congrès ainsi qu'en terminant un certificat de 2e cycle.

#### 5.2.3.2 Être capable d'intégrer les acquis de la formation continue dans sa pratique professionnelle (3.2)

L'ergothérapeute utilise ses apprentissages dans sa pratique professionnelle. Concrètement, elle a tout récemment terminé un certificat en évaluation et adaptation de la conduite automobile et tente d'intégrer ces nouvelles habiletés dans sa pratique. Cet extrait de l'entrevue l'illustre.

Tout récemment, j'ai fait mon certificat de deuxième cycle en évaluation et adaptation de la conduite automobile. J'ai fait beaucoup de recherche et vu beaucoup de données probantes. Je l'intègre dans ma pratique lorsque je dois effectuer des évaluations de la conduite automobile. Soit en lien avec la capacité à conduire ou soit des évaluations de modification de voiture.



## **5.2.4 La participation à l'évolution et au rayonnement de la profession**

### *5.2.4.1 Être capable de contribuer à l'approfondissement et à la diffusion des connaissances en ergothérapie (4.1)*

L'ergothérapeute coopère à la réalisation de projets de recherche et à la diffusion de ceux-ci. Par exemple, elle a fait une recherche sur l'interdisciplinarité sur la base militaire où elle travaille en collaboration avec une physiothérapeute. Suite à ce projet, une affiche a été présentée lors d'un congrès à Kingston avec les principaux obstacles et les améliorations qui devraient être apportées dans son milieu de pratique.

De plus, comme principale activité d'enseignement, elle mentionne superviser des stagiaires en ergothérapie. « J'ai des stagiaires lorsque je peux. Malheureusement, les seules activités d'enseignement que je fais, c'est la supervision de stagiaires ».

### *5.2.4.2 Être capable de contribuer à des activités de formation et d'information sur l'ergothérapie (4.2)*

Aussi, l'ergothérapeute peut coopérer à des activités de mise en valeur de l'ergothérapie. En effet, elle explique régulièrement son rôle. Cet extrait d'entrevue illustre sa participation au rayonnement de la profession.

J'en ai profité pour expliquer aux médecins les interventions que l'ergothérapeute peut faire ainsi que son rôle. Maintenant, ils sont plus au courant. Idéalement, il faudrait que je fasse cela deux à trois fois par année puisque les médecins changent énormément ici.

En définitive, ce chapitre a permis de présenter les résultats obtenus en lien avec les objectifs de l'étude. Le contexte de la pratique de l'ergothérapeute rencontrée dans le cadre de l'entrevue a été présenté et divers éléments décrivant sa pratique ont été détaillés. Ensuite, à l'aide d'une grille d'analyse élaborée sur la base du RCEPEQ (OEQ, 2010), des exemples rapportés par la participante ont illustré comment la pratique professionnelle de l'ergothérapeute dans les FAC correspond aux diverses compétences décrites dans le RCEPEQ (OEQ).

## **6. DISCUSSION**

L'objectif de cette étude était de décrire la pratique de l'ergothérapie auprès des militaires engagés dans les FAC. Pour ce faire, une recension des écrits a été faite afin d'identifier les éléments pouvant décrire la pratique de l'ergothérapie dans l'armée. Par la suite, une cueillette de données auprès d'une ergothérapeute travaillant dans les FAC a été effectuée afin de valider et de compléter cette description. Pour terminer, les éléments recueillis ont été analysés sur la base du RCEPEQ (OEQ, 2010). Les résultats obtenus ont globalement permis de répondre à l'objectif de recherche. L'ergothérapeute rencontrée en entrevue a illustré les différentes compétences et exigences reliées à la pratique de l'ergothérapie au Québec par des exemples concrets issus sa pratique clinique au sein des FAC.

Par ailleurs, les constats qui émergent de la recension des écrits scientifiques et des données obtenues lors de l'entrevue font ressortir des différences entre les pratiques canadiennes et américaines. Celles-ci s'expliquent probablement par des différences culturelles, sociodémographiques, politiques et organisationnelles entre les FAC et l'armée américaine. Il est donc important de faire preuve d'une grande prudence en comparant ces deux types de pratiques.

### **6.1 Parcours d'un militaire blessé**

La recension des écrits et les informations obtenues auprès de l'ergothérapeute rencontrée en entrevue ont contribué à clarifier le parcours d'un militaire à partir du moment où il se blesse. Nous pouvons constater les différences et les ressemblances entre les processus canadien et américain lorsqu'un militaire doit recevoir des services de réadaptation. En effet, dans les deux cas, la gravité du traumatisme, soit sévère ou léger, influencera le cheminement du militaire dans les services de santé, autant aux États-Unis qu'au Canada. Par contre, les membres de l'armée américaine sont traités dans des centres exclusivement militaires alors qu'au Canada, les militaires qui subissent des blessures sévères sont traités dans des hôpitaux spécialisés civils. Les seuls militaires canadiens qui peuvent bénéficier des services d'un

ergothérapeute spécialisé en contexte militaire sont ceux qui sont affiliés à la base militaire où œuvre un ergothérapeute. Les autres militaires qui se blessent sont soit référés en clinique privée ou ne sont tout simplement pas vus en ergothérapie.

## **6.2 Clientèle vue en ergothérapie**

Dans l'armée américaine, l'ergothérapeute travaille avec des militaires ayant des troubles de santé mentale et des troubles de santé physique alors que dans les FAC, l'ergothérapeute intervient seulement auprès de militaires ayant des déficiences physiques. Bien qu'elle ne cible que les personnes présentant des troubles d'ordre physiques, il est possible que sa clientèle ait des comorbidités de santé mentale, mais aucune intervention spécifique n'est effectuée à ce niveau. De plus, dans l'armée américaine, les ergothérapeutes sont susceptibles d'être déployés en mission pour aider les soldats à prévenir les troubles de santé mentale sur le champ de bataille. L'ergothérapeute doit être en mesure de soutenir les militaires, mais également de se protéger contre les forces ennemies, et ce, contrairement aux FAC, où l'ergothérapeute n'est pas déployable en mission.

Constatant ces différences, à savoir que l'ergothérapeute des FAC intervient seulement en réadaptation physique, alors qu'aux États-Unis, les ergothérapeutes font des interventions à tous les niveaux, on peut se poser la question suivante. Est-ce que les militaires canadiens ont accès aux meilleurs soins possibles considérant que l'ergothérapeute a les compétences et les habiletés pour intervenir auprès d'une clientèle en santé mentale, mais n'intervient pas à ce niveau, étant donné l'organisation du travail et des programmes de santé offerts dans les FAC?

## **6.3 Évaluations et interventions en ergothérapie dans les Forces armées**

Considérant que la clientèle vue en ergothérapie dans l'armée américaine et les FAC est différente, il va de soi que les évaluations et les interventions ne sont pas les mêmes. Plusieurs évaluations et interventions en réadaptation physique sont similaires telles que les évaluations cognitives chez les personnes ayant subi un TCC, l'enseignement auprès des militaires, la confection d'orthèse et les mises en situation permettant d'acquérir des habiletés à travers l'activité. Toutefois, plusieurs interventions mentionnées dans la littérature

concernant la pratique américaine, par exemple l'utilisation de la réalité virtuelle et le recours à la technologie *Voice-sensitive*, font appel à des approches d'intervention technologiques qui requièrent de l'équipement spécialisé et des professionnels outillés. Aux États-Unis, le nombre de militaires et les budgets alloués à la Défense Nationale semblent être davantage propices à ce genre d'intervention. De nouveau, la prudence est de mise au moment de comparer les services d'ergothérapie dans les FAC avec ceux offerts par l'armée américaine. En effet, ce ne sont pas seulement deux types de pratiques professionnelles qui entrent en ligne de compte, mais aussi deux culturelles organisationnelles, issues de croyances et de valeurs particulières à chacun des pays.

#### **6.4 Comparaison avec le RCEPEQ**

Suite à l'analyse de contenu des données issues de l'entrevue effectuée dans le cadre de ce projet, il est possible de conclure que les rôles et responsabilités de l'ergothérapeute œuvrant dans les FAC couvrent l'ensemble des compétences liées à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec. Il est possible d'avoir des exemples concrets qui illustrent comment s'actualise chacune des compétences dans sa pratique.

Toutefois, malgré que toutes les compétences soient couvertes, certaines semblent plus difficiles à actualiser que d'autres. Par exemple, la compétence 1.2 du RCEPEQ (OEQ, 2010) qui stipule que l'ergothérapeute doit « être capable de mettre en œuvre une intervention en ergothérapie » (OEQ, p.14) fait référence à la compétence de l'ergothérapeute de préparer un plan d'intervention. Cependant, l'ergothérapeute rencontrée en entrevue n'intervient pas au niveau de la santé mentale et en conséquence, elle ne prend pas en compte la problématique du client dans sa globalité pour choisir les stratégies d'intervention appropriées. Cette situation découle possiblement de l'organisation des programmes de santé offerte aux militaires des FAC qui oblige l'ergothérapeute à n'intervenir qu'au niveau de la réadaptation physique. En conséquence, certaines compétences se manifestent dans la pratique de façon davantage centrée sur l'activité que sur le rendement occupationnel comme tel.

À titre d'exemple additionnel, la compétence 2.4 du RCEPEQ (OEQ, 2010), qui stipule que l'ergothérapeute doit « être capable de contribuer à l'administration et à l'amélioration continue des services en ergothérapie » (OEQ, p.15), semble moins prépondérante dans la pratique de l'ergothérapeute rencontrée en entrevue. Ce constat peut possiblement s'expliquer par l'organisation hiérarchique de la chaîne de commandement des FAC et par le fait que l'ergothérapeute est la seule à travailler sur la base militaire. Pour elle, les contraintes de temps ont possiblement pour conséquence que la planification et la gestion administrative sont plus complexes à intégrer dans sa pratique professionnelle.

## **6.5 Forces et limites**

Ce projet aura permis d'amorcer la description de la pratique de l'ergothérapie dans les FAC. Bien qu'il aurait été possible de faire seulement une recension des écrits, cette étude s'est bonifiée par la consultation d'une ergothérapeute experte qui vient ajouter des informations qui n'étaient pas disponibles dans la littérature scientifique et ce, à travers son expérience vécue. Ce projet d'intégration aura également permis d'amorcer une analyse de cette pratique largement méconnue sur la base du RCEPEQ (OEQ, 2010).

Certaines limites ont pu être identifiées dans cette étude. Tout d'abord, plusieurs articles ayant des niveaux d'évidence variables ont dû être retenus, incluant des études moins fortes au plan méthodologique. Puisque la pratique de l'ergothérapie dans les FAC est peu documentée, il a été nécessaire de garder non seulement les articles avec des niveaux d'évidence élevés, mais également ceux où l'évidence est plus faible pour réaliser la recension des écrits.

Ensuite, la principale limite de l'étude est qu'une seule participante a été rencontrée en entrevue, étant donné qu'il existait seulement une ergothérapeute qui répondait aux critères de sélection recherchés dans le cadre de la présente étude. Ce fait soulève la question suivante : est-ce que l'on a décrit la pratique de l'ergothérapie dans les FAC ou est-ce que l'on a décrit la pratique d'une personne en particulier qui se trouve à occuper un emploi au sein des FAC? Après réflexion, il aurait été possible de contourner cette limite en révisant les critères de

sélection de façon à recruter des ergothérapeutes qui, bien ne travaillant pas sur une base militaire, sont appelés à travailler auprès de militaires faisant partie des FAC. Toutefois, en raison des contraintes liées à l'échéancier du programme de maîtrise dans lequel s'inscrivait le présent travail de recherche, cette possibilité n'a pas été réalisée.

Les résultats obtenus lors de l'entrevue laissent croire aux lecteurs que l'ergothérapeute rencontrée a une pratique qui est axée sur la dimension physique. La collecte de donnée s'étant faite par une seule entrevue, on peut se demander si elle est représentative de la pratique exhaustive de l'ergothérapeute dans les FAC. Il aurait été intéressant de trianguler l'information par des observations ou par des entrevues auprès d'autres ergothérapeutes permettant ainsi de saisir adéquatement la pratique de l'ergothérapeute dans les FAC. Il est également à se demander si le questionnaire élaboré par l'étudiante-chercheuse était adéquat pour saisir l'ensemble de la pratique de l'ergothérapeute dans les FAC.

## **6.6 Retombées de l'étude**

Bien qu'imparfaite, cette étude permettra tout de même de mieux connaître ce milieu de pratique. En effet, en comparaison avec plusieurs autres champs de pratique où de nombreuses personnes sont appelées à travailler en ergothérapie, peu d'ergothérapeutes cliniciens travaillent sur une base militaire des FAC. Ce projet aura aussi permis de développer une meilleure compréhension du rôle de l'ergothérapeute auprès des militaires engagés dans les FAC.

Cette étude aura également suscité une réflexion en lien avec la nécessité d'être familière avec la nature du travail sur lequel porte la pratique de l'ergothérapeute. En effet, est-il réellement nécessaire de connaître le travail du militaire à 100% pour intervenir de façon efficace auprès de cette clientèle? L'ergothérapeute civile qui analyse l'activité d'un militaire peut-elle intervenir aussi efficacement que l'ergothérapeute qui connaît intimement les exigences et les tâches particulières de l'emploi de militaire? Les ergothérapeutes des FAC pouvant être déployés en mission sont-ils plus habiletés à œuvrer auprès de cette clientèle? Et dans une perspective plus large, les ergothérapeutes en centre de réadaptation ou en clinique

privée qui travaillent dans le domaine du retour au travail connaissent-ils tous les emplois possibles ainsi que les tâches associées? Est-il nécessaire d'avoir une expérience directe en lien avec les postes de travail évalués par l'ergothérapeute pour intervenir efficacement? La présente étude ne permet pas de répondre à ces questions. Pour ce faire, il faudrait aussi tenir compte d'éléments inhérents à la pratique de l'ergothérapeute à savoir, la relation d'aide, la compréhension du développement humain, l'analyse d'activité et les facteurs de l'environnement qui agissent sur la personne vue en ergothérapie. Pour répondre aux questions soulevées précédemment d'autres travaux de recherche seront nécessaires.

## 7. CONCLUSION

Une recension des écrits a été menée et celle-ci a permis de mettre en évidence le manque d'information relié à la pratique de l'ergothérapie dans les FAC.

L'objectif de recherche visait à décrire la pratique de l'ergothérapie auprès des militaires engagés dans les FAC par le biais d'une recension des écrits ainsi que d'une entrevue semi-structurée avec une participante qui travaille sur une base militaire des FAC. Les données issues de cette entrevue ont été analysées sur la base du RCEPEQ (OEQ, 2010).

Les résultats ont permis de faire un premier pas dans la description de la pratique de l'ergothérapie dans les FAC. De plus, il a été possible d'illustrer comment l'ergothérapeute qui travaille auprès de militaires engagés dans les FAC répond aux exigences en lien avec les différentes compétences attendues de la part d'une ergothérapeute sur la base du RCEPEQ (OEQ, 2010).

L'ergothérapeute qui travaille dans un contexte militaire est d'abord et avant tout une ergothérapeute, mais avec une connaissance accrue du milieu et des tâches de travail d'un militaire. Dans cette étude, l'apport de l'ergothérapeute dans les Forces armées a été abordé. Toutefois, le contexte demeure matière à discussion et on peut se demander sous quelle forme cette pratique professionnelle devrait-elle s'actualiser? L'ergothérapeute doit-elle être, elle-même, une militaire? Les militaires qui sont vus en réadaptation dans les hôpitaux civils reçoivent-ils des soins aussi efficaces que ceux qui sont soignés par des ergothérapeutes qui travaillent en contexte militaire. Il serait intéressant d'approfondir ces questions en vue d'y répondre dans des études futures.



## RÉFÉRENCES

- Andersen, R.V., Frisch, H.M., Farber, G.L. et Hayda, R.A. (2006) Definitive Treatment of Combat Casualties at Military Medical Centers. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 14(10), S24-S31
- Brown, H. V. et Hollis, V. (2013) The Meaning of Occupation, Occupational Need, and Occupational Therapy in a Military Context. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 93, 1-30. Doi : 10.2522/ptj.20120162
- Classen, S., Levy, C., Meyer, D. L., Bewernitz, M., Lanford, D. N. et Mann, W. C. (2011). Simulated driving performance of combat veterans with mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 41-427. Doi : 10.5014/ajot.2011.000893
- Colarusso, R. P. et Hammill, D. D. (2003). Motor-Free Visual Perception Test. *Academic Therapy Publications* (3<sup>rd</sup> ed.). Novata, CA. Doi: 10.1177/0734282906286339
- Défense Nationale et Forces canadiennes (2011a). *Statistiques sur les morts et les blessés des Forces canadiennes (Afghanistan)*. Repéré à <http://www.forces.gc.ca/site/mobil/news-nouvelles-fra.asp?id=3695>
- Défense Nationale et Forces canadiennes (2011b). *Services de santé mentale des Forces canadiennes*. Repéré à <http://www.forces.gc.ca/health-sante/ps/mh-sm/default-fra.asp>
- Défense Nationale et Forces canadiennes (2011c). *Physiothérapeute dans les Forces canadiennes*. Repéré à <http://www.forces.gc.ca/health-sante/ps/physio/default-fra.asp>
- Détraz, M.C. (1992) cité dans Beguin, B.R. (2000). L'ergothérapie au quotidien : un regard ethnométhodologique. *Mémoire de maîtrise inédite en science de l'éducation*. Université de RENNES II. Repéré à <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/ethnomethodo.pdf>
- Ellsworth, P.D., Sinnott, M.W., Laedtke, M.E et McPhee, S.D. (1993) Utilization of Occupational Therapy in Combat Stress Control during the Persian Gulf War. *Military Medicine*, 158(6), 381-385
- Erickson, M. W. (2008). The Role of Occupational Therapy in Warrior Transition Units. *U.S. Army Medical Department Journal*, 21-24.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.

- Gable, G. (2000) *A.N.F.E-Guide de pratique de l'ergothérapie-Historique*. Repéré à <http://ergo.citipro.fr/modules/quitodocs/action.php?iddoc=174&repertoire=0&action=voir>
- Goldberg, C. K. F., Green, B., Moore, J., Wyatt, M., Boulanger, L., Belnap, B., ... Donaldson, D. S. (2009). Integrated musculoskeletal rehabilitation care at a comprehensive combat and complex casualty care program. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(9), 781-791.
- Jurgensen, C. E. (1943). Extension of the Minnesota Rate of Manipulation Test. *Journal of Applied Psychology*, 27(2), 164-169. doi: 10.1037/h0055771.
- Le Petit Larousse illustré. (2000). Paris, France : Larousse.
- Linkh, D. J. et Sonnek, S. M. (2003). An application of cognitive-behavioral anger management training in a military/occupational setting: efficacy and demographic factors. *Military Medicine*, 168(6), 475-478.
- Matheson, L.N (2003) cité dans EpicRehab (2013) *EpicRehab: To recognize and develop the value in each of us*. Repéré à <http://www.epicrehab.com/>
- Mathiowetz V., Dove, M., Kashman, N., Rogers, S., Volland, G. et Weber, K. (1985). Grip and Pinch Strength: Normative Data for Adults. *Arch Phys Med Rehabilitation*, 66, 69-72.
- Mathiowetz, V., Volland, G., Kashman, N. et Weber, K. (1985a). Adult norms for the Nine Hole Peg Test of finger dexterity. *Occupational Therapy Journal of Research*, 5(1), 24-38.
- Mathiowetz, V., Volland, G., Kashman, N. et Weber, K. (1985b) Adult Norms for the Box and Block test for the manual dexterity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39(6), 386-391 Repéré à [http://www.smpp.northwestern.edu/savedLiterature/MathiowetzEtAl\(1985\)AmJofOT-BoxandBlocks.pdf](http://www.smpp.northwestern.edu/savedLiterature/MathiowetzEtAl(1985)AmJofOT-BoxandBlocks.pdf)
- Montz, R., Gonzales, F., Jr., Bash, D. S. et Carney, A. (2008). Occupational therapy role on the battlefield: an overview of combat and operational stress and upper extremity rehabilitation. *Journal of Hand Therapy*, 21(2), 130-136.
- Nadeau, C. (2012, septembre). *Les défis du travail d'ergothérapeute dans les Forces armées canadiennes*. Communication présentée au deuxième colloque de l'Orde des ergothérapeutes du Québec, Montréal, Canada.
- Newton, S. (2007). The growth of the profession of occupational therapy. *U.S. Army Medical Department Journal*, 51-58.

- Oakley, F., Caswell, S. et Parks, R. (2008). Occupational therapists' role on U.S. Army and U.S. Public Health Service Commissioned Corps Disaster Mental Health Response Teams. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 62(3), 361-364.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Repéré à [http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc\\_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences\\_2010\\_Couleurs.pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences_2010_Couleurs.pdf)
- Radomski, M. V., Davidson, L., Voydetich, D. et Erickson, M. W. (2009). Occupational therapy for service members with mild traumatic brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 646-655. Doi: 10.5014/ajot.63.5.646
- Reimer, M. (2009). *Identifying the Emerging Role of Occupational Therapy in the Canadian Forces*. Document inédit, Department of Rehabilitation Therapy, Queens University, ON
- Smith (1918) cité dans Hoover, J. A. (1996). Diversional occupational therapy in World War I: a need for purpose in occupations. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 50(10), 881-885
- Tiffin, J. et Asher, E. J. (1948). The Purdue Pegboard: norms and studies of reliability and validity. *Journal of Applied Psychology*, 32(3), 234-247. doi: 10.1037/h0061266
- Torrence, C. B., DeCristofaro, C. et Elliott, L. (2011). Empowering the primary care provider to optimally manage mild traumatic brain injury. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(12), 638-647. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00658.x
- United Services Automobile Association (2012) *Returning Warriors : Driving safety report 2012*. Repéré à [https://content.usaa.com/mcontent/static\\_assets/Media/Returning\\_Warriors\\_report\\_summary.pdf](https://content.usaa.com/mcontent/static_assets/Media/Returning_Warriors_report_summary.pdf)
- Upham, E.G. (1919) cité dans Hoover, J. A. (1996). Diversional occupational therapy in World War I: a need for purpose in occupations. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 50(10), 881-885
- Yancosek, K., Daugherty, S. E. et Cancio, L. (2008). Treatment for the service member: a description of innovative interventions. *Journal of Hand Therapy: Official Journal of the American Society of Hand Therapists*, 21(2), 189-194.

- Yancosek, K. E. (2012). Management of dominant upper extremity injuries: a survey of practice patterns. *Journal of Hand Therapy: Official Journal of the American Society of Hand Therapists*, 25(1), 79-87.
- Yancosek, K. E., Roy, T. et Erickson, M. (2012). Rehabilitation programs for musculoskeletal injuries in military personnel. *Current Opinion in Rheumatology*, 24(2), 232-236. Doi : 10.1097/BOR.0b013e3283503406

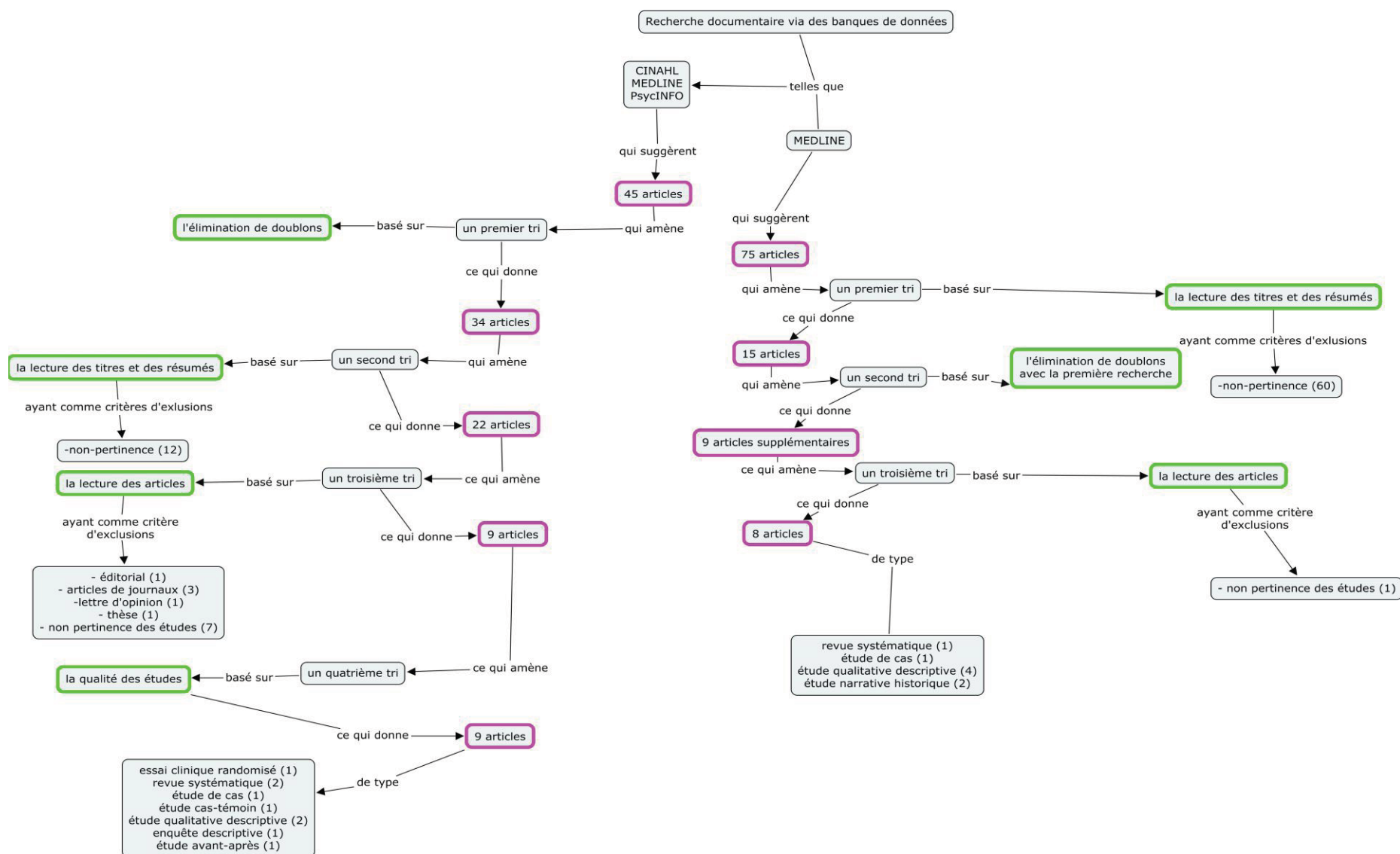
## ANNEXE A : STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Étape 1			
Bases de données	Mots clés	Années des études	Nb d'articles obtenus
MEDLINE	((“occupational therap*” OR rehabilit*) AND (military OR “service member*” OR “military personnel*” OR “military service*” OR army) NOT (elderly OR “older* adult”) AND (intervention* OR approach*)  OR  ((“brain injur”) AND (“occupational therap*” OR rehabilitation) AND (military OR “military personnel”) AND (« Occupational therap* »))	1995-2012	15
CINAHL	((“occupational therap*” OR rehabilit*) AND (military OR “service member*” OR “military personnel*” OR “military service*” OR army) NOT (elderly OR “older* adult”) AND (intervention* OR approach*)  OR  ((“brain injur”) AND (“occupational therap*” OR rehabilitation) AND (military OR “military personnel”) AND (« Occupational therap* »))	1995-2012	14
PsycINFO	((“occupational therap*” OR rehabilit*) AND (military OR “service member*” OR “military personnel*” OR “military service*” OR army) NOT (elderly OR “older* adult”) AND (intervention* OR approach*)  OR  ((“brain injur”) AND (“occupational therap*” OR rehabilitation) AND (military OR “military personnel”) AND (« Occupational therap* »))	1995-2012	16
Total			45
Avec l'élimination de doublons			34
Après lecture des résumés et des titres			22
Après la lecture des articles			9

## STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE (SUITE)

Étape 2			
Bases de données	Mots clés	Années des études	Nb d'articles obtenus
MEDLINE	("military personnel*" OR "army" OR "military") AND (Occupational therap* »)	1990-2013	75
Après lecture des titres et des résumés			15
Avec l'élimination des doublons			9
Après la lecture des articles			8
Étape 3			
Moteur de recherche		Nb articles retenus	
Défense Nationale		3	
United Services Automobile Association		1	
Essai-Université de Queens		1	
Journal of the American Physical Therapy Association		1	
Total		6	

## ANNEXE B : REPRÉSENTATION DÉTAILLÉE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE VIA DES BANQUES DE DONNÉES



## ANNEXE C : GRILLE D'ANALYSE DE L'ENTREVUE

Compétences	Extraits de l'entrevue illustrant cette compétence dans les forces armées canadiennes
<b>1. La conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie</b>	<b>Extraits de l'entrevue illustrant cette compétence dans les forces armées canadiennes</b>
1.1 Être capable de concevoir et de planifier une intervention en ergothérapie	
1.2 Être capable de mettre en œuvre une intervention en ergothérapie	
<b>2. La gestion des éléments clés de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie</b>	<b>Extraits de l'entrevue illustrant cette compétence dans les forces armées canadiennes</b>
2.1 Être capable d'agir en tant qu'ergothérapeute à titre de membre d'une équipe interdisciplinaire	
2.2 Être capable de produire les documents liés à la prestation de services en ergothérapie	
2.3 Être capable d'exploiter l'information propre à la prestation de services en ergothérapie	
2.4 Être capable de contribuer à l'administration et à l'amélioration continue des services en ergothérapie	



### GRILLE D'ANALYSE DE L'ENTREVUE (SUITE)

3. L'évaluation et l'amélioration de sa pratique professionnelle	Extraits de l'entrevue illustrant cette compétence dans les forces armées canadiennes
3.1 Être capable de produire et de mettre en œuvre un plan de formation continue adapté à sa pratique professionnelle	
3.2 Être capable d'intégrer les acquis de la formation continue dans sa pratique professionnelle	
4. La participation à l'évolution et au rayonnement de la profession	Extraits de l'entrevue illustrant cette compétence dans les forces armées canadiennes
4.1 Être capable de contribuer à l'approfondissement et à la diffusion des connaissances en ergothérapie	
4.2 Être capable de contribuer à des activités de formation et d'information sur l'ergothérapie	

**ANNEXE D :**  
**QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À L'ENTREVUE**

***Veillez faire un crochet à la bonne réponse ou répondre aux questions sur la ligne.***

*Expérience(s) de travail avant d'être au poste actuel*

1. Avez-vous déjà travaillé dans les Forces canadiennes avant d'occuper le poste où vous êtes actuellement?

\_\_\_\_\_ oui \_\_\_\_\_ non

- 1.1 Si oui, dans quel secteur avez-vous travaillé?

\_\_\_\_\_ santé mentale \_\_\_\_\_ santé physique \_\_\_\_\_ gériatrie (vétérans)

- 1.2 En quelle année était le début de votre mandat? \_\_\_\_\_

- 1.3 Au moment de votre premier contrat, combien d'ergothérapeute(s) y avai(en)t-il comme clinicien(s) dans votre secteur, en dehors de vous?

- 1.4 Est-ce qu'il y avait d'autres ergothérapeutes qui travaillaient auprès des militaires dans un secteur différent du vôtre?

\_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non

- 1.5 Quelles évaluations faisiez-vous à ce moment (types d'évaluation, outils utilisés, etc.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 1.6 Quelles interventions faisiez-vous à ce moment (approche d'intervention, modalités utilisées, etc.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 1.7 Quelles clientèles traitiez-vous lors de votre premier contrat?

\_\_\_\_\_ Traumatisés crâniens \_\_\_\_\_ syndrome de stress post-traumatique

\_\_\_\_\_ lésions musculosquelettiques \_\_\_\_\_ douleur chronique

Autres : précisez \_\_\_\_\_

Les questions suivantes concernent votre poste actuel.

2. Depuis combien de temps êtes-vous au poste que vous occupez actuellement?  
\_\_\_\_\_
3. Combien d'ergothérapeute(s) travaillai(en)t comme clinicien(s) au moment de votre embauche au poste actuel? \_\_\_\_\_
4. Comme ergothérapeute, travaillez-vous à titre de consultant ou en tant que membre de l'équipe? \_\_\_\_\_
5. Quelles évaluations faites-vous auprès des militaires (types d'évaluation, outils utilisés, etc.)?  
\_\_\_\_\_
6. Quelles interventions faites-vous auprès des militaires (approche d'intervention, modalités utilisées, etc.)?  
\_\_\_\_\_
7. Intégrez-vous la recherche de données probantes à votre pratique?  
\_\_\_\_\_oui \_\_\_\_\_non
8. Concernant la promotion de la pratique de l'ergothérapie :
  - 8.1 Est-ce l'un de vos rôles? \_\_\_\_\_oui \_\_\_\_\_non
  - 8.2 Si oui, auprès de quelle clientèle? \_\_\_\_\_
  - 8.3 Si oui, de quelle manière? \_\_\_\_\_
9. Où se déroulent vos interventions et évaluations auprès des militaires? \_\_\_\_\_
10. Quelles clientèles traitez-vous depuis que vous êtes au poste actuel?  
 \_\_\_\_\_ Traumatisés crâniens \_\_\_\_\_ syndrome de stress post-traumatique  
 \_\_\_\_\_ lésions musculosquelettiques \_\_\_\_\_ douleur chronique  
 \_\_\_\_\_ troubles cognitifs \_\_\_\_\_ fatigue chronique \_\_\_\_\_ orthopédie  
 Autres : précisez \_\_\_\_\_
11. Combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine? \_\_\_\_\_

12. Combien de militaires traitez-vous en moyenne par année ?

\_\_\_\_\_ 65-75 \_\_\_\_\_ 75-85 \_\_\_\_\_ 85-95 \_\_\_\_\_ 95-105 \_\_\_\_\_ 105-115 \_\_\_\_\_ 115-125 \_\_\_\_\_ 125-135

Autres : précisez : \_\_\_\_\_

13. Combien de clients voyez-vous en moyenne par jour? \_\_\_\_\_

14. Pouvez-vous me décrire la liste d'attente dans le service d'ergothérapie, s'il y a lieu?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Quels sont les professionnels avec lesquels vous collaborez?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Participez-vous à des rencontres interdisciplinaires? \_\_\_\_oui \_\_\_\_non

16.1 Si oui, à quelle fréquence et de quelle durée? \_\_\_\_\_

17. Décrivez les suivis que vous faites avec vos clients. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Participez-vous à des activités d'enseignement? \_\_\_\_oui \_\_\_\_non

19. Faites-vous de l'enseignement auprès de vos collègues? \_\_\_\_oui \_\_\_\_non

19.1 Si oui, de quelle manière? \_\_\_\_\_

20. Participez-vous à des séances de formation sur la pratique de l'ergothérapie?

\_\_\_\_\_oui \_\_\_\_\_non

21. Combien de temps consacrez-vous en moyenne par semaine pour la tenue de dossier?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Est-ce que vous parvenez à être à jour dans la rédaction de vos dossiers? \_\_\_\_oui

\_\_\_\_\_non

22.1 : Si non, décrivez les circonstances qui constituent des obstacles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. Parvenez-vous à tenir un portfolio professionnel? \_\_\_\_oui \_\_\_\_non

23.1 : Si non, quels sont les obstacles qui nuisent à la tenue du portfolio?

---

24. Quelles sont les forces de votre milieu de pratique?

---

---

---

25. Quelles sont les limites rencontrées dans votre milieu de pratique?

---

---

---

26. Y a-t-il d'autres informations pertinentes concernant votre pratique professionnelle dont vous voudriez faire part?

---

---

**ANNEXE E :  
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**



**Université du Québec à Trois-Rivières  
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

**RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :**

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Description de la pratique professionnelle de l'ergothérapie auprès de militaires blessés qui sont engagés dans l'armée canadienne

**Chercheurs :** Janie Desrosiers  
Département d'ergothérapie

**Organismes :** Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

**PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :**

Date de début : 05 novembre 2012

Date de fin : 05 novembre 2013

**COMPOSITION DU COMITÉ :**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

**SIGNATURES :**

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien  
**Présidente du comité**

Fanny Longpré  
**Secrétaire du comité**

**Date d'émission :** 05 novembre 2012

**N° du certificat :** CER-12-184-06.24  
DECSR

**ANNEXE F :  
LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**



**LETTRE D'INFORMATION**

---

**Invitation à participer au projet de recherche portant sur « Description de la pratique de l'ergothérapie auprès de militaires engagés dans les Forces armées canadiennes »**

**Janie Desrosiers.**

**Étudiante à la maîtrise en ergothérapie**

**Département d'ergothérapie**

**Directrice de recherche : Nathalie Veillette, erg, Ph.D.**

Votre participation à ce projet de recherche, qui vise à mieux comprendre l'ergothérapie dans les Forces armées canadiennes, serait grandement appréciée.

**Objectifs**

L'objectif de ce projet de recherche est de décrire la pratique de l'ergothérapie dans les Forces armées canadiennes. Les renseignements contenus dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à des questions qui vous seront posées dans le cadre d'une entrevue d'environ 70 minutes concernant votre rôle d'ergothérapeute sur la base militaire de . Un questionnaire sera envoyé préalablement à l'entrevue, et ce, dans le but de vous préparer à répondre aux questions qui seront abordées avec vous lors de l'entrevue. Enfin, l'entrevue

elle-même aura lieu sur la base militaire de à un moment qui vous conviendra et dont nous conviendrons ensemble.

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Il n'y a aucun risque est associé à votre participation.

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'ergothérapie dans les Forces armées canadiennes constitue le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est prévue dans le cadre de ce projet.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude ne peuvent être entièrement confidentielles étant donné que vous êtes la seule ergothérapeute clinicienne travaillant auprès des militaires et qui parle français. Cependant, votre identification ne sera pas dévoilée ni votre lieu de travail. Les résultats de la recherche seront diffusés sous forme de projet d'intégration. Puisque la confidentialité ne sera pas possible à maintenir, vous serez contactée pour obtenir votre approbation préalable à la diffusion des divers documents avant leur publication.

Les données recueillies seront conservées sur une clé USB qui est pourvue d'un code d'accès. Les seules personnes qui auront la possibilité de consulter les données recueillies seront moi-même, Janie Desrosiers et ma directrice de recherche, Nathalie Veillette. Les données seront détruites 1 an après le dépôt final du projet d'intégration et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, ainsi que de vous retirer du projet en tout temps, sans préjudice et sans avoir à fournir de justifications.



**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements, ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi, Janie Desrosiers au 819 698-5985 ou à l'adresse courriel suivante : [janie.desrosiers@uqtr.ca](mailto:janie.desrosiers@uqtr.ca)

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Un certificat portant le numéro CER-12-184-06.24 a été émis par ce comité le 05 Novembre 2012.

Pour toute question ou pour formuler une plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Engagement de la chercheuse

Moi, Janie Desrosiers, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

### Consentement du participant

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet portant sur «L'ergothérapie dans les Forces armées canadiennes». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bénéfices éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer du projet de recherche en tout temps, sans aucun préjudice.

### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant,	Janie Desrosiers :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :